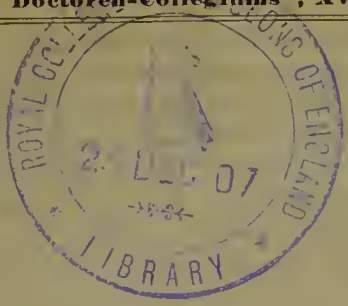
Tracts 1493 11

Separat-Abdruck aus den „Mittheilungen des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums", XV. Band, 1889.



Zur Frage der Nervendehnung bei Tabes.

Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wr. medic. Doctoren-Collegiums am 21. Jänner 1889 von Prof. Dr. **Moriz Benedikt.**

Ich stelle hier eine circa 40jährige Kranke vor, die vor drei ein halb Jahren (8. Juni 1885) in Beobachtung kam. Sie zeigte damals eine so hochgradige Form der Tabes, wie ich sie nur einmal in meinem Leben noch beobachtet habe. Die Patientin konnte nur auf beiden Seiten gestützt stehen und so einige Schritte machen, dabei war ihr Gang hochgradig schleudernd; sie zeigte die Ataxie auch beim Sitzen. Im Finstern und bei geschlossenen Augen fing sie auf dem Sessel an zu schwanken, bis sie herunterstürzte. Bei der Nacht musste das Zimmer erleuchtet sein, sonst wurde sie bei jeder Drehung im Bette aus demselben herausgeschleudert. Es versteht sich von selbst, dass ihre Sehnenreflexe und Pupillenreflexe aufgehoben waren. Tiefe Anästhesie der Haut, der Muskel und der Gelenksflächen in den Beinen, Anästhesie der Finger, Ataxie der Arme, häufige und heftige Anfälle von lancinirenden Schmerzen im ganzen Körper.

Das Leiden bestand seit mindestens vier Jahren.

Da ich erfahrungsgemäss weiss, dass die üblichen, sonst wirksamen Methoden der Galvano- und Hydrotherapie bei so fortgeschrittenen Fällen wenig Chance mehr bieten und überhaupt schwer durchführbar waren, so führte ich am 9. Juni 1885 die Dehnung des Cruralis rechts und des Ischiadicus links aus. Die Operation ist freilich in einem solchen Falle mehr ein Act therapeutischer Verzweiflung, als aussichtsreich. Der Erfolg übertraf aber hier die Erwartung. Am elften Tag verliess die Patientin das Sanatorium und war sofort im Stande, allein zu gehen. Die Ataxie im Liegen und beim Sitzen war fast spurlos verschwunden. Es war aber nicht blos eine sehr mächtige Besserung eingetreten, sondern die Kranke hatte jetzt den Vortheil, zur galvanischen Behandlung kommen zu können, und sie unterzieht sich derselben noch immer zeitweise. Trotzdem eine hochgradige Ataxie der Beine zurückblieb und noch heute, wie Sie sehen, besteht, konnte die Patientin bald grössere Ausflüge unternehmen, selbst auf die Berge der nächsten Umgebung Wiens, und zwar konnte und kann sie des Stockes entbehren.

Die Schmerzanfälle kamen besonders im ersten Jahre noch häufig und heftig, wurden aber immer seltener und in den letzten fünf Vierteljahren ist kein einziger aufgetreten. Diese Erscheinung ist um so mehr als eine Nachwirkung der Operation anzusehen, als erfahrungsgemäss die Galvanisation wenig Einfluss auf die tabetischen Neuralgien hat und ich ähnliche Erfahrungen über die Nachwirkung der Operation in anderen Fällen gemacht habe. Die Kranke verrichtet die meisten häuslichen Arbeiten, wie Waschen und Kochen.

Die Anästhesie der Beine besteht im wenig gebesserten Zustande fort, ebenso wie die Ataxie der Arme. Wie Sie sehen, sitzt die Kranke sicher bei geschlossenen Augen und steht auffallend gut bei geschlossenen Augen

Ich will und kann an der Hand dieser Demonstrationen nicht die ganze Frage der Nervendehnung bei Tabes aufrollen, sondern nur einige epikritische Bemerkungen machen. Die Frage ist eine „nothleidende", weil die letzte Wahrheit in der herrschenden Strömung, welche durch die Thorheit der zeitgenössischen Weisen und durch die Thorheit der zeitgenössischen Thoren erzeugt wurde, ersäuft ist.

Es wird in medicinischen Discussionen mit vieler Unklarheit bald den positiven, bald den negativen Beobachtungen eine hervorragende Rolle zugeschrieben, und ich will den Werth derselben einer methodischen Analyse unterziehen. Gegenüber einer allgemeinen Verneinung besitzt jede positive Beobachtung eine ausserordentliche Wichtigkeit, weil sie die Allgemein-Giltigkeit der Verneinung umstösst. Gegenüber einer absolut bejahenden Behauptung erreicht eine einzelne negative Beobachtung wieder einen hohen Werth.

Die meisten biologischen, besonders aber therapeutischen Sätze enthalten keine absoluten, sondern nur relative Wahrheiten, und wir müssen uns begnügen, den Percentsatz der Bejahungen und der Verneinungen festzustellen. Unter solchen Verhältnissen hat jede einzelne positive oder negative Beobachtung denselben Werth, und zwar den, die Bejahung oder Verneinung um ein Percent zu erhöhen.

Die Natur denkt aber nicht in Percentsätzen, d. h. nicht in relativen, sondern in absoluten Wahrheiten. Für sie zerfällt eine solche unvollständige Wahrheit in zwei Gleichungen, von denen jede für sich jene massgebende Factoren enthält, welche für die absolute Bejahung oder Verneinung massgebend sind.

Bei therapeutischen Gleichungen sind das ätiologische Moment, die Prädisposition des Kranken, die Art des Auftretens und des Verlaufes, die Dauer, der Zustand der einzelnen Organe etc. massgebend

Aus zahlreichen neuro-chirurgischen Erfahrungen weiss ich, dass die Erfolge des chirurgischen Eingreifens in erster Linie davon abhängen, ob das Leiden relativ recent sei oder nicht.

Gerade bei der Ataxie ist es heute noch sehr schwer, recente Fälle zur Operation zu bekommen, weil die Patienten, von der herrschenden Strömung in der Wissenschaft beeinflusst, sich dem rechtzeitigen Eingriffe entziehen. Es ist aber meine Ueberzeugung, dass der Procentsatz der Erfolge enorm steigen wird, wenn einmal die Operation sofort gemacht wird, sowie die Diagnose sichergestellt ist. Es ist meine feste Ueberzeugung, dass vielleicht schon in der nächsten Generation das Nichtoperiren im Beginne als ein Kunstfehler angesehen werden wird.

In veralteten und weit fortgeschrittenen Fällen ist die Chance natürlich viel geringer. Dass sie jedoch vorhanden ist, beweist Ihnen der heute demonstrirte Fall.

Nachtheile sind für die Kranken heute nicht mehr zu fürchten. In der ersten Zeit der Operationen war der tödtliche Ausgang nicht selten und ich habe auch einige solche Misserfolge zu verzeichnen. So wie ich jetzt die Operation übe, ist sie kaum gefahrvoller als Zahnziehen oder Hühneraugenschneiden. Das Schlimmste, was dem Kranken passiren kann, ist, dass keine Besserung eintritt; dauernde Verschlimmerung habe ich nicht gesehen.

Wenn der Operateur für den Erfolg garantiren soll, muss er durch lange Zeit die Nachbehandlung leiten und die Beobachtung fortsetzen. Die jetzige Lehre von der Unwirksamkeit der Nervendehnung beruht zum grossen Theile auf zu kurzer Beobachtung. Wenn aber eine Lehre classisch, d. i. für alle Zeiten giltig sein soll, darf sie keine Eile haben.

Ebenso habe ich früher hervorgehoben, dass nicht nur die partiellen Erfolge durch eine specifische Nachbehandlung weiter geführt werden können; es kann sogar ein scheinbarer Misserfolg durch diese specifische Behandlung, die sich vor der Operation als wirkungslos gezeigt hat, in das Gegentheil verwandelt werden. Die Nervendehnung erzeugt, wie Aetzung, eine Reaction im erkrankten Gewebe, die momentan und nachträglich, spontan oder unter specifischer Behandlung günstige Veränderungen des anatomischen Processes und consequenterweise der Symptome bewirken kann. Ich breche hier die weiteren Betrachtungen ab. Die heutige Demonstration hat Ihnen schon bewiesen, dass die absolute Negation der heilenden Wirkung der Nervendehnung unberechtigt ist und dass der zeitgenössische Verstand sich wieder einmal in einer zeitgenössischen Frage als insufficient erwiesen hat.

Ueber Raumbeklemmungsgefühle bei Raumwahrnehmungen und bei Bewegungen im Raume.

Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wr. medic. Doctoren-Collegiums am 21. Jänner 1889 von Prof. Dr. **Moriz Benedikt.**

Ich führe Ihnen eine Kranke vor, welche an hochgradigen Raumbeklemmungs-Empfindungen litt. Vor 7 Jahren bekam sie, die, in Wohlhabenheit aufgewachsen, ein Jahr vorher plötzlich verarmt und zu hartem Existenzkampfe gezwungen war, beim Ueberschreiten einer Brücke plötzlich eine hochgradige Beklemmung, so dass sie meinte, nicht weiter gehen zu können. Dann entwickelte sich hochgradiger Platzschwindel, der dann auch in engen Strassen auftrat. Vor 6 Monaten kamen noch heftige und häufige momentane eigentliche Schwindelanfälle im Zimmer dazu. Seit 3 Monaten steht die Kranke in elektrostatischer Behandlung und es wurde 25mal die Douche angewendet. Zuerst verschwanden die Schwindelanfälle im Zimmer, dann konnte sie ohne Beklemmung in Strassen und auf Plätzen gehen, wenn sie geführt wurde, und jetzt hat sie blos das Bedürfniss, dass Jemand auf Plätzen hinter ihr gehe.

Erlauben Sie mir, an diesen Fall allgemeinere Betrachtungen zu knüpfen.

Bei Wahrnehmung verschiedener Dimensionen des Raumes sind viele Menschen den mannigfachsten Angstgefühlen und sonstigen Störungen der Empfindung und Bewegung ausgesetzt, die mit elementarer Gewalt und solcher Raschheit eintreten, dass jede Ueberlegung zu spät kommt.

Das häufigste Vorkommniss in dieser Richtung ist der sogenannte „Höhenschwindel“. Analysiren wir, was vorgeht, wenn ein Mensch z. B. beim Anblicke eines Abgrundes von dem genannten Schwindel ergriffen wird. Zuerst tritt ein heftiges Angstbeklemmungsgefühl ein, dann zugleich eine Trübung des Gesammtbewusstseins und des Gesammtgefühles, ferner eine Alteration des Muskelbewusstseins, und dann eine Schwindelbewegung. Erst wenn ein Individuum erfahren hat, dass es unter bestimmten

Verhältnissen vom Höhenschwindel befallen wird, kann prämeditirte Angst (Phobie) eintreten.

Stellen wir nun den Ausdruck Höhenschwindel der Analyse dessen, was wir darunter verstehen, gegenüber. Vor allem haben wir es nicht mit einem Höhen-, sondern einem Tiefenschwindel zu thun. Ob überhaupt Höhen-Dimensionen ein primäres Angstgefühl und Trübung des Bewusstseins erzeugen, ist empirisch kaum festgestellt. Der Grund ist, weil wir von der ersten Kindheit an gewohnt sind, fortwährend in die Unendlichkeit des Raumes hinaufzusehen. Auch der Ausdruck Schwindel bezeichnet den Zustand nur unvollständig und vor Allem enthält er das erste Element, nämlich das primäre Beklemmungsgefühl und die Trübung des Bewusstseins und des Allgemeingefühls nicht. Er enthält nur die zwei Elemente des veränderten Muskelbewusstseins und der Schwindelbewegung. Indem wir uns rasch vor einem solchen Abgrund zurückziehen, können wir uns sogar den eigentlichen beiden Momenten des passiven und activen Schwindels entziehen. Wir sehen also, dass wir den Ausdruck Schwindel auch durch Beklemmungsgefühl ersetzen können, und wir könnten also den Ausdruck Höhenschwindel durch den Ausdruck Tiefenbeklemmung ersetzen. Wenn wir den Ausdruck Tiefenangst oder Tiefenangstgefühl (Angina, angoisse) gebrauchen, so müssen wir wissen, dass wir hier die Angst nicht im Sinne einer intellectuellen Furcht (Phobie), sondern im Sinne einer elementaren, vollständig unwillkürlichen Empfindung gebrauchen. Da jedoch beim Schwindel, der aus anderen Ursachen, z. B. durch Ohrenaffectionen, entsteht, ebenfalls Beklemmungsgefühle und Trübungen des Allgemeingefühls und des Bewusstseins auftreten, so ist immerhin der Ausdruck Schwindel bei den pathischen Vorgängen, welche der Anblick eines Abgrundes erzeugt, gestattet. — Wenn wir uns der ererbten Albernheit, für solche klinische Begriffe griechische Ausdrücke zu erfinden, hingeben würden, so müssten wir das Wort Phobie vermeiden, weil die prämeditirte Furcht etwas zeitlich und sachlich ganz Secundäres ist. Wir müssen den Zustand generell als Stenästhesie und den Tiefenschwindel speciell als Bathystenästhesie bezeichnen. Doch bitte ich Sie, von dieser philologisch-klinischen Entdeckung keinen Gebrauch zu machen.

Ein zweiter pathischer Einfluss des Raumes zeigt sich in dem Zustande, den ich unter dem Namen Platzschwindel oder Flächenschwindel vor fast zwanzig Jahren in die Literatur eingeführt habe. Es wirken hier zwei Dimensionen, nämlich Breiten- und Längen-Dimension, zusammen, und es ist mir nicht bekannt, dass eine dieser Dimensionen für sich einen pathischen Zustand erzeugen kann. Auch hier ist ein elementares Beklemmungsgefühl das Primäre, dann folgt eine Trübung des Bewusstseins, des Allgemeingefühls und des Muskelbewusstseins. Die Kranken haben das Gefühl, als ob sie in die Erde sinken müssten,

um sich dem Anblick dieser Dimensionen zu entziehen, ferner als ob sie an der Stelle, an der sie sich befinden, angeklebt seien und sich daher nicht vorwärts bewegen können.

Dass solche Kranke, wenn sie öfters von solchen Empfindungen befallen waren, eine bewusste Furcht vor dem Hinaustreten in den freien Raum haben, versteht sich von selbst. Doch ist diess nur etwas Secundäres. Der Ausdruck Agoraphobie für diesen Zustand ist daher als verfehlt anzusehen, und de facto spricht jeder deutsche Arzt vernünftigerweise Platzschwindel und schreibt unvernünftigerweise Agoraphobie.

Ich will hier eine allgemeine Bemerkung über Nomenklatur machen. Die richtige Bezeichnung eines Objectes oder Zustandes zu finden, erfordert immer einen Meister seiner Muttersprache, und mit dem glücklichen sprachlichen Griffe ist der Sprach- und Ideenschatz eines Volkes bereichert. Die richtige Bezeichnung deckt das Bezeichnete ganz oder zum grossen Theile. Wir wissen anderseits, wie schwer es ist, Missgriffe und selbst totale Fehlgriffe zu begehen, wenn wir in einer fremden Sprache, selbst wenn wir uns seit der Jugend mit ihr beschäftigen, mit Hilfe des Wörterbuches Bezeichnungen suchen. Daraus folgt aber die Fehlerhaftigkeit der Methode, neue Bezeichnungen aus einer Sprache mit Hilfe des Wörterbuches zu finden, mit der die Mediciner nur ganz äusserlich vertraut sind. Selbst wenn die Bezeichnung richtig ist, so fehlt der Vortheil, aus dem Worte den Begriff zu schöpfen. Gross aber ist die Gefahr von Missgriffen bis zur Lächerlichkeit. So wurde in Paris ursprünglich für die coordinatorische Sprachstörung der Ausdruck Aphemie gebraucht, was so viel als Infamie bedeutet.

So hat Virchow für die Eigenschaft des Schädels „niedrig" zu sein, ohne besondere Noth, nur aus hergebrachter Gewohnheit den Ausdruck: „Chamaeocephalie" gebraucht. Chamai ist aber ein blos bei Homer vorkommendes Umstandswort des Ortes, das am besten mit „parterre" übersetzt wird, was freilich nicht hoch ist. Chamaeocephalie bedeutet also: „Parterre-Schädligkeit" (!)

Möge die moderne nationale Hyperaesthesie wenigstens das Gute haben, dass wir endlich mit der ererbten Thorheit des falschen Classicismus brechen. Das, was die Russen und Magyaren vermocht haben, werden die westlichen Culturvölker auch vermögen, nämlich eine nationale, wissenschaftliche Sprache zu schaffen. Damit wird das Denk-Niveau des Volkes gehoben.

Die Raumbeklemmungsgefühle können ganz colossale Grade erreichen, so dass nicht nur der Anblick einer engen Strasse, sondern auch jener eines grösseren Wohnraumes schon Beklemmung erzeugt. Ich kenne sogar einen Fall, wo die Breite des Bettes der liegenden Patientin schon Angstgefühl bereitet, die nur dadurch behoben werden kann, dass auf der einen Seite

eine Scheidewand aufgethürmt wird und am anderen Bettrande sich eine Person befindet. Für solche Kranke wäre der Aufenthalt in einem offenen gepolsterten Sarge am angenehmsten.

Ebenso wie grosse Dimensionen können kleine Dimensionen Angstgefühl erzeugen. Man ist in neuerer Zeit auf die sogenannte Claustrophobie aufmerksam geworden, das ist der Zustand der Beklemmung, der manche Leute in geschlossenen Räumen befällt. Dieses Gefühl, selbst in physiologischer Breite, spielt eine grosse Rolle in der Psychologie des Nomadenthums und der Vagabondage. In sehr auffälliger Weise tritt dieses Beklemmungsgefühl beim Passiren von Tunnels auf; das Angstgefühl kann eine solche Intensität erreichen und so peinlich sein, dass Leute, die davon einmal befallen wurden, sich um keinen Preis mehr demselben aussetzen. Ich habe zwei Patientinnen gekannt, wovon die eine aus Agram und die andere aus Oberungarn, ihre Consultationsreise und Heimreise zu Wagen machten, um kein Tunnel zu passiren.*) Auch Schluchten und enge Gebirgsthäler, besonders mit überhängenden Felsen, können solche unüberwindliche Angstgefühle erzeugen.

So wie der Anblick des Raumes, können auch passive Bewegungen im Raume Beklemmungsgefühle erzeugen. Vor allem ist es das Tempo der Bewegung, das Beklemmung erzeugen kann, z. B. schnelles Fahren. Es liegt hier nicht zunächst eine auf Erfahrung gegründete Furcht, sondern ein primäres unwillkürliches Beklemmungsgefühl vor. Ich kannte einen Wiener Fiaker, der selbst keinen etwas rascheren Trab vertrug und ungeduldige Passagiere seinen Collegen übergab. Anderseits gibt es viele Menschen, bei denen langsames Fahren eine hochgradige Unruhe erzeugt. Ganz ausserordentlich können sich diese primären Beklemmungsempfindungen bei bestimmten Richtungen steigern, selten z. B. beim Aufwärtsfahren, aber sehr häufig beim Abwärtsfahren über schiefe Ebenen. Ich kannte einen der kühnsten Bergführer von Chamounix, einen kräftigen jungen Mann, der beim Hinabfahren über den Maloja-Pass in heftiges Weinen ausbrach.

Ein eigenthümliches Angstgefühl, das ich als Reise-Beklemmungsgefühl bezeichne, habe ich zweimal, und zwar bei Männern beobachtet. Wenn diese Individuen gezwungen sind, ihren Aufenthaltsort zu wechseln, so befällt sie eine solche Beklemmung, dass sie im letzten Moment ihre Absicht aufgeben. In dem Einen Falle hatte der Kranke eine Berufsreise in eine fremde und fremdsprachige Stadt gemacht; durch Jahre hindurch versuchte er es, wieder heimzureisen. Wenn er es schon über sich gebracht hatte, den Abgang des Zuges zu überwinden, so kehrte er immer wieder von der ersten Haltestation zu Fuss zurück und er musste einen neuen Beruf wählen, um in der

*) Graecomannen empfehle dieses Leiden als Kunst-Bergloch-Angst ins Griechische zu übersetzen.

Fremde existiren zu können. Jüngst beobachtete ich einen solchen Anfall bei einem russischen neurasthenischen Collegen, der im Momente, als er den Wagen besteigen sollte, um eine Reise in einen klimatischen Curort anzutreten, von einem namenlosen Angstgefühl befallen wurde, in einen Weinkrampf ausbrach, von Fieberschauer geschüttelt wurde und ganz verwirrt war. Ich begleitete den andern Tag den Kranken selbst zur Bahn, wo er im Wartesaal einen gleichen Anfall bekam und nur unter der grössten physischen Beeinflussung zur Abreise zu bringen war.

Verlag des Wiener med. Doctoren-Collegiums. (R. R. v. Schmerling.)
Gesellschafts-Buchdruckerei, Wien, III. Erdbergstrasse 3.